

Artigo Original

TRATAMENTOS DE MANUTENÇÃO OPIÁCEA EM INDIVÍDUOS COM 50 OU MAIS ANOS
OPIOID MAINTENANCE TREATMENT IN SUBJECTS WITH AT LEAST 50 YEARS

ANA DINIZ
Rua Conselheiro Luís Magalhães, 32
388-137 AVEIRO Portugal
anadiniz@ua.pt* *Contacto para correspondência*
Formação:
- Mestre em Psicologia; especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Aveiro (2014)
- Licenciada em Psicologia, Universidade de Aveiro (2012)
Afiliação institucional
Psicóloga Clínica e da Saúde na Comunidade Terapêutica de Santa Luzia
Centro Social Convívios Fraternos

JOANA GONÇALVES
Formação
- Bolseira da FCT de doutoramento em Gerontologia e Geriatria (2009 até à atualidade)
- Mestre em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica do Desenvolvimento, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (2003)
- Licenciada em Psicologia, Ramo de Psicologia Clínica, vertente Dinâmica e Sistémica, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (1997)
Afiliações institucionais
Psicóloga Clínica no Centro de Respostas Integradas de Aveiro, Doutoranda pela Universidade de Aveiro.

SARA MONTEIRO
Formação
- Doutoramento em Psicologia, Universidade de Aveiro, 2008;
Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 2006; Licenciatura em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2001
Afiliação institucional
Universidade de Aveiro;
Grupos de investigação
IBILI, Universidade de Coimbra;
Cintesis, Universidade do Porto

ANABELA PEREIRA
Formação
- Agregação em Educação (Rel. Psicologia Saúde) Universidade de Aveiro, 2007
- Doutoramento (Ph.D. in Psychology), Universidade de Hull, RU, 1997,
Bolsreira da FC Gulbenkian
- Mestrado em CE, esp. Psicologia da Educação, FPCE, Universidade de Coimbra, 1991.
- Licenciatura em Psicologia, FPCE, Universidade de Coimbra, 1984.
Afiliação institucional
Universidade de Aveiro
Grupos de investigação:
CIDTFF, Universidade de Aveiro

RESUMO

O crescente envelhecimento da população traz novos desafios, como o envelhecimento da população com Comportamentos Aditivos e Dependências. Este grupo apresenta uma enorme vulnerabilidade, características específicas e tem estado a aumentar, com previsões desse aumento pelo menos até 2020. Apesar disso, o desconhecimento do fenómeno é grande e são necessários mais estudos. O principal objetivo do presente trabalho é caracterizar os utentes ativos do Centro de Respostas Integradas de Aveiro, com 50 anos ou mais, do ponto de vista clínico, comparando-os consoante o programa de tratamento de manutenção opióide em que se inserem e com a população normal. Dos 102 utentes ativos, desta faixa etária, 71 reuniam as condições necessárias para participar no estudo e 42 realizaram a avaliação psicológica. A bateria de avaliação consistiu nos seguintes instrumentos: BSI, MOCA, IAFAI, GDS e WHOQOL-Bref e a análise de dados foi realizada através do SPSS – Versão 20. Foram encontradas diferenças significativas entre os dois programas de tratamento no MOCA, no WHOQOL-Bref (Domínio 2 e 4) e no IAFAI (Incapacidade Emocional). Em todos esses casos o Programa de Manutenção com Metadona obteve piores resultados clínicos que o Programa de Manutenção com Buprenorfina. A amostra global diferiu significativamente da população normal no WHOQOL-Bref (Domínio geral), obtendo piores resultados de qualidade de vida; e em alguns domínios do BSI, obtendo melhores resultados de sintomatologia psicológica. Apesar das diferenças encontradas, a amostra encontra-se melhor do que seria de esperar face ao contexto de vida em que se insere.

Palavras-chave: Adultos idosos; Idosos; Perturbações pelo uso de substâncias; Comportamentos Aditivos e Dependências; Consumo de substâncias.

ABSTRACT

The increase of the elderly population brings new challenges such as an ageing population with Addiction Behaviours and Dependencies. This group has a huge vulnerability, specific traits and has been increasing, what is expected to continue until at least 2020. However, the ignorance of this phenomenon is huge and more studies are required. The goal of this work is to characterize the active users of the Centro de Respostas Integradas de Aveiro, aged 50 or more, from a clinical point of view, comparing them according their opioid maintenance treatment program and with the normal population. Of the 102 active users, in this age group, 71 meet the necessary conditions for participating in the study and 42 made psychological evaluation. The test battery consisted of the following instruments: BSI, MOCA, IAFAI, GDS and WHOQOL-Bref and data analysis was performed using the SPSS - Version 20. Significant differences were found between the two treatment programs at MOCA, WHOQOL-Bref (domain 2 and 4) and IAFAI (Emotional Disability). In all these cases the Methadone Maintenance Program got worse clinical outcomes than Maintenance Program with Buprenorphine. The aggregate sample differed significantly from the normal population in the WHOQOL-Bref (general area), getting worse results of quality of life; and in some areas of the BSI, obtaining better results of psychological symptomatology. Despite those differences, the sample is better than one would expect considering the context of life in which it belongs.

Keywords: Older adults; Elderly; Substance use disorders; Dependence and Addictive Behaviors; Drug use.

INTRODUÇÃO

O decréscimo da mortalidade e da fertilidade tem levado ao envelhecimento da população em quase todo o mundo. Em 1990 a população com pelo menos 60 anos representava 9.2% da população mundial, em 2013 aumentou para 11.7% e espera-se que alcance os 21.1% em 2050 (UN, 2013). A estrutura etária da população europeia também tem envelhecido e continuará nas próximas décadas (EU, 2011), incluindo em Portugal (INE, 2013). Este envelhecimento, aliado às alterações demográficas decorrentes do *baby boom* (geração nascida entre 1946 e 1964, mais numerosa e mais exposta ao uso de drogas ilícitas comparativamente às gerações anteriores), à melhoria no acesso ao tratamento e ao desenvolvimento de serviços de redução de danos, tem-se refletido no envelhecimento da população com Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD) (EMCDA, 2010). Diversos estudos referem que o uso de drogas ilícitas por pessoas de idade está em expansão (e.g. Schlaerth, Splawn, Ong, & Smith, 2004) e um estudo retrospectivo concluiu que, entre 1996 e 2003, a percentagem de pacientes em Programa de Manutenção com Metadona (PMM), com 50 anos ou mais, aumentou quase 10 vezes (Dursteler-MacFarland, Vogel, Wiesbeck, & Petitjean, 2011), sendo de realçar que em 2008 Portugal já tinha a percentagem mais alta de utentes em tratamento, entre os 40 e 49 anos de idade, da Europa (EMCDA, 2010). Neste sentido, têm sido realizadas diversas projeções para 2020 relativas à população com CAD dos Estados Unidos da América, com 50 anos ou mais, e em todas elas se perspetiva um aumento (Colliver, Compton, Gfroerer, & Condon, 2006; Han, Gfroerer, Colliver, & Penne, 2009; Gfroerer, Penne, Pemberton, & Folsom, 2003). A idade a partir da qual se considera a pessoa idosa não é consensual, porém nos países desenvolvidos aceita-se como ponto de corte os 65 anos de idade (WHO, 2014). Nas pessoas com CAD essa definição tem sido ainda mais difícil, pois os pontos de corte vão dos 35 aos 50 anos, sendo este último mais comum (EMCDA, 2010). Esta antecipação deve-se a uma aceleração das comorbilidades médicas nesta população (Lofwall, Schuster, & Strain, 2008) e da mesma apresentar uma taxa de mortalidade 12 a 22 vezes maior que a população geral e duas a seis vezes maior que os consumidores mais jovens (Crome, Sidhu, & Crome, 2009). Esta população apresenta-se como mais vulnerável comparativamente aos não consumidores e aos consumidores mais jovens, com mais problemas de saúde física e mental (EMCDA, 2010; Roibás, Melendro, & Montes, 2010); maior rutura de laços sociais (Roibás *et al.*, 2010) e maiores riscos inerentes aos consumos pelas alterações fisiológicas provenientes do processo de envelhecimento (Dowling, Weiss, & Condon, 2008). Apesar do exposto este fenómeno é largamente desconhecido (Beynon, 2009). A sua caracterização e o conhecimento dos fatores de risco associados permitirão aumentar e melhorar a triagem destes utentes nos serviços de saúde

e desenhar formas de atuação mais eficientes e eficazes no tratamento e na redução desses fatores de risco. O principal objetivo deste trabalho é caracterizar os utentes ativos do Centro de Respostas Integradas de Aveiro (CRIA), com 50 anos ou mais, do ponto de vista clínico e comparar os resultados de acordo com o programa de manutenção opióide em que estão inseridos e com a população normal. Em Portugal, segundo a nossa pesquisa e conhecimento, esta é a primeira investigação realizada neste âmbito.

MATERIAL E MÉTODOS
PARTICIPANTES

Os participantes foram selecionados a partir dos utentes ativos do CRIA (com consulta marcada no último ano), segundo os seguintes critérios: ter 50 ou mais anos de idade (nascidos até 1963), comparecer ao serviço em 2014 (para atualização das fichas base) e estar incluído em PMM ou Programa de Manutenção com Buprenorfina (PMB) (critérios de inclusão); foram excluídos utentes com HIV-Positivo (critério de exclusão), pelo possível comprometimento cognitivo (Christo, 2010) e diminuição da qualidade de vida (Morais, 2010). Em 31 de maio de 2014 o CRIA tinha 728 utentes ativos, sendo que 102 (14.01%) tinham 50 ou mais anos de idade. Desses, 71 utentes cumpriam os critérios, sendo que apenas 59 estavam integrados em programas de manutenção opióide (37 em PMM e 22 em PMB). A todos (59) foi solicitada a colaboração no estudo, sendo que dois recusaram e 10 não participaram por incompatibilidade ou indisponibilidade de horário com a investigadora durante o período da investigação (fevereiro a maio de 2014), participando assim 22 do PMM e 20 do PMB. A amostra apresentava 40 (95.20%) indivíduos do sexo masculino, 29 (69.10%) não casados (separado/divorciado, solteiro ou viúvo), 36 (85.70%) tinham até ao 3º ciclo do ensino básico e as idades variaram entre os 50 e os 68 anos (M=53.40). A droga principal foi a heroína em 37 (88.10%) destes utentes e ao longo da vida 12 (28.60%) tiveram Problemas Ligados ao Álcool (PLA). Como drogas de consumo 42 (100%) consumiram heroína, 34 (81%) *cannabis*, 15 (35.70%) cocaína e 21 (50%) *crack*/base de coca. Nos últimos 12 meses estavam abstinentes 32 (76.20%) utentes para *cannabis*, 37 (88.10%) para heroína, 31 (73.80%) para cocaína ou *crack*/base de coca e 40 (95.20%) não apresentavam PLA.

INSTRUMENTOS

Os dados sociodemográficos e os dados de consumos foram retirados da ficha base informática (Sistema Informático Multidisciplinar - SIM), dos processos clínicos dos utentes e os consumos atuais foram confirmados junto da equipa terapêutica de cada utente. Na avaliação psicológica foram utilizados os seguintes instrumentos: *Brief Symptom Inventory (BSI)* para sintomatologia geral (validado e aferido para a população portuguesa por Canavarro, 1999); *The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* para avaliação cognitiva (validado e adaptado para a

população portuguesa por Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010); *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)* para atividades de vida diária (Sousa, Vilar, & Simões, 2013); *Geriatric Depression Scale (GDS)* para depressão (validada e adaptada para a população portuguesa por Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009); e *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref) para qualidade de vida (validado e aferido para a população portuguesa por Serra *et al.*, 2006).

PROCEDIMENTOS

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro e autorização da Divisão para a Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD). Os utentes elegíveis foram recrutados pelo terapeuta de referência, na consulta de rotina, sendo apresentados os objetivos do estudo e solicitada colaboração. Em caso afirmativo o utente era encaminhado para a investigadora, que expunha o estudo mais pormenorizadamente e esclarecia eventuais dúvidas. O utente poderia participar de imediato ou agendar outro horário/dia. No início do estudo era apresentado e explicado o consentimento informado, sendo assinado em caso de participação.

ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi realizada pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - Versão 20. Determinaram-se as estatísticas descritivas (frequências, percentagens, médias e desvios padrão) e as estatísticas inferenciais (teste de *Mann-Whitney*, χ^2 e *T-Test*). O nível de significância considerado foi $p < .05$. No sentido de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de tratamento (PMM vs. PMB), quer sociodemograficamente quer nas subescalas dos diversos instrumentos de avaliação psicológica (ponto de vista clínico), realizou-se o teste de *Mann-Whitney* (variáveis continuas) e o χ^2 (variáveis categoriais). Quanto às fontes de rendimento, subdividiram-se os resultados em dois grupos (rendimento do trabalho/reforma e subsídios temporários/apoio de familiares) para comparação estatística. Os dados normativos do IAFAI estão apresentados em percentis, tendo sido criada uma variável categorial para situar os resultados dos participantes no percentil correspondente aos dados normativos (por grupos etários e sexo). Posteriormente verificou-se se os dois grupos considerados diferiam na distribuição pelos percentis de *Incapacidade Emocional (IE)* (teste do χ^2). Não se aplicou a correção de bonferroni por ser considerado demasiado conservador (Shi, Pavey, & Carter, 2012). Posteriormente compararam-se os resultados da nossa amostra com a população normal (T-Test). Nas variáveis que diferiram significativamente entre os grupos, comparou-se a diferença entre cada um dos grupos e os dados normativos. No IAFAI, utilizou-se apenas estatística descritiva (na impossibilidade de utilização do T-Test, por inexistência de médias de

referência), para situar a nossa população no respetivo percentil tendo como referência os dados normativos. Nos casos em que os grupos não diferiram significativamente entre si, comparou-se a média global da amostra com os dados normativos.

RESULTADOS
DIFERENÇAS ENTRE GRUPOS DE TRATAMENTO

Nos dados sociodemográficos e de consumos apenas foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nas fontes de rendimento, em que χ^2 (1, N = 42) = 6.45, $p < .05$, sendo o rendimento do trabalho/reforma mais comum no PMB e o de subsídios temporários/apoio de familiares no PMM (ver Tabela 1).

Tabela 1
Diferenças sociodemográficas e relativas aos consumos entre os dois grupos (PMM e PMB)

	PMM		PMB		PMM x PMB ^a χ^2
	M	DP	M	DP	
Idade	52.64	2.19	54.25	4.04	155
Número de drogas consumidas	3.45	1.34	3.60	1.39	209
Estado civil	-	-	-	-	5.13
Consumo de cocaína (ao longo da vida)	-	-	-	-	.31
Consumo de cannabis (ao longo da vida)	-	-	-	-	2.97
Consumo de crack/ base de coca (ao longo da vida)	-	-	-	-	0
PLA (ao longo da vida)	-	-	-	-	.24
PLA (últimos 12 meses)	-	-	-	-	.01
Consumo de heroína (últimos 12 meses)	-	-	-	-	2.27
Consumo de cocaína (últimos 12 meses)	-	-	-	-	3.14
Consumo de cannabis (últimos 12 meses)	-	-	-	-	1.91
Fontes de rendimento	-	-	-	-	6.45*

^aMann-Whitney (U) e Chi-square (χ^2)
* $p < .05$

Clinicamente, os resultados sugerem que os dois grupos diferiram significativamente: no MoCA, onde o PMB obteve melhor pontuação ($M = 23.40, DP = 2.66$) que PMM ($M = 19.95, DP = 4.85$), $U = 122, Z = -2.48, p < .05$; no WHOQOL-Bref no *domínio 2 (psicológico)*, onde o PMB obteve melhores resultados ($M = 73.54, DP = 17.01$) que o PMM ($M = 61.55, DP = 21.28$), $U = 130, Z = -2.27, p < .05$, e no *domínio 4 (ambiente)* em que o PMB esteve igualmente superior ($M = 68.28, DP = 13.54$) ao PMM ($M = 56.82, DP = 15.57$), $U = 113, Z = -2.70, p < .01$; e na percentagem de *IE* do IAFAI, na qual o PMM apresentou maior percentagem de incapacidade a esse nível ($M = 2.55, DP = 2.07$) quando comparado ao PMB ($M = 1.50, DP = 2.03$), $U = 131, Z = -2.28, p < .05$ (ver Tabela 2).

Tabela 2
Diferenças clínicas entre os dois grupos, de acordo com os instrumentos de avaliação psicológica.

Instrumento	Subescalas	PMM		PMB		PMM x PMB
		M	DP	M	DP	$^aU/\chi^2$
MoCA	Total	19.95	4.85	23.40	2.66	122*
IAFAI	Total	9.05	15.58	6.64	6.45	218.50
	Atividades Básicas de Vida Diária	2.46	7.34	2.14	2.89	189
	Atividades Instrumentais de Vida Diária-Familiares	2.56	4.93	1.87	2.25	216
	Atividades Instrumentais de Vida Diária-Avançadas	4.13	5.28	2.64	2.68	188
	Incapacidade Física	3.10	10.80	2.17	3.31	190.50
	Incapacidade Cognitiva	3.50	7.91	2.55	3.72	217.50
	Incapacidade Emocional	2.55	2.07	1.50	2.03	131.50*
	Incapacidade Emocional (percentis)	-	-	-	-	1.43
GDS	Total	12.55	6.05	8.80	7.29	147
WHOQOL-Bref	D1 (Físico)	70.62	23.94	79.11	17.35	183
	D2 (Psicológico)	61.55	21.28	73.54	17.01	130*
	D3 (Relações Sociais)	56.06	32.65	73.33	16.80	149
	D4 (Ambiente)	56.82	15.56	68.28	13.58	113**
	Domínio Geral	51.14	22.13	59.38	18.08	168
BSI	Somatização	0.66	0.75	0.39	0.50	165.50
	Obsessões-Compulsões	0.84	0.84	0.6	0.63	175.50
	Sensibilidade Interpessoal	0.73	0.61	0.49	0.66	162.50
	Depressão	0.99	0.77	0.65	0.82	148
	Ansiedade	0.62	0.60	0.57	0.75	192.50
	Hostilidade	0.59	0.69	0.57	0.58	206
	Ansiedade fóbica	0.26	0.42	0.23	0.40	214.50
	Ideação paranoide	1.17	0.65	1.27	0.91	217
	Psicoticismo	0.76	0.64	0.52	0.82	150.50
	Índice Geral de Sintomas	0.68	0.49	0.54	0.53	161.50
	Total de Sintomas Positivos	20.36	10.50	15.10	11.61	151
	Índice de Sintomas Positivos	1.67	0.40	1.78	0.63	209.50

^aMann-Whitney (U) e Chi-square (χ^2)
* $p < .05$ ** $p < .01$

DIFERENÇAS CLÍNICAS ENTRE A AMOSTRA E A POPULAÇÃO NORMAL

As diferenças significativas entre a amostra e a população normal nos resultados do MoCA observaram-se apenas entre o PMM e a população normal, apresentando o PPM resultados cognitivos mais baixos ($M = 19.95, DP = 4.85$ e $M = 24.46, DP = 3.43$), $t(21) = -4.36, p < .001$. O mesmo ocorreu no WHOQOL-Bref onde se observaram diferenças significativas apenas entre o PMM e a população normal, sendo que no *D2 (Psicológico)* ($M = 61.55, DP = 21.28$) e no *D4 (Ambiente)* ($M = 56.82, DP = 15.57$), o PMM apresentou menor qualidade de vida que a população normal (*D2*: $M = 72.38, DP = 13.50, t(21) = -2.39, p < .05$; *D4*: $M = 64.89, DP = 12.24, t(21) = 2.43, p < .05$) (ver Tabela 3). No IAFAI os dados demonstraram que ambos os grupos se dividiram apenas pelos percentis 5 e 95: no PMM 16 utentes (72.70%) encontravam-se no percentil 5, enquanto no PMB se encontravam 11 (55%) (ver Tabela 5).

Tabela 3
Comparação entre cada grupo e a população normal, no desempenho cognitivo e na qualidade de vida.

Instrumento	Subescalas	População Portuguesa		Metadona		Met.xPop.	Buprenorfina		Bup.xPop.
		M	DP	M	DP	^a t	M	D.P	^a t
MoCA	Total	24.46	3.43	19.95	4.85	-4.36**	23.53	2.67	-1.52
WHOQOL-Bref	D2	72.38	13.50	61.55	21.28	-2.39*	73.54	17.01	.31
	D4	64.89	12.24	56.82	15.57	-2.43*	68.28	13.54	1.12

^aT-Test (t)
* $p < .05$ ** $p < .001$

A comparação entre a amostra global (PMM e PMB) e a população normal, no BSI, apresentou diferenças significativas, sendo os resultados da amostra sempre inferiores ao da população geral, nas seguintes subescalas: *obsessões-compulsão* ($M = 0.73, DP = 0.75$ vs. $M = 1.29, DP = 0.88$), $t(41) = -4.89, p < .001$; *sensibilidade interpessoal* ($M = 0.61, DP = 0.64$ vs. $M = 0.96, DP = 0.73$), $t(41) = -3.51, p < .01$; *ansiedade* ($M = 0.60, DP = 0.67$ vs. $M = 0.94, DP = 0.77$), $t(41) = -3.37, p < .01$; *hostilidade* ($M = 0.58, DP = 0.63$ vs. $M = 0.89, DP = 0.78$), $t(41) = -3.20, p < .01$; *ansiedade fóbica* ($M = 0.25, DP = 0.40$ vs. $M = 0.42, DP = 0.66$), $t(41) = -2.73, p < .01$; *IGS* ($M = 0.61, DP = 0.51$ vs. $M = 0.84, DP = 0.48$), $t(41) = -2.84, p < .01$; e *TSP* ($M = 17.86, DP = 11.23$ vs. $M = 26.99, DP = 11.72$), $t(41) = -5.27, p < .001$.

No sentido contrário, o *domínio geral* do WHOQOL-Bref apresentou uma média de qualidade de vida mais baixa na amostra ($M = 55.06, DP = 20.49$) quando comparado com a população normal ($M = 71.51, DP = 13.30$), $t(41) = -5.20, p < .001$ (ver Tabela 4).

Tabela 4
Comparação entre a amostra global e a população normal, na sintomatologia geral, qualidade de vida e depressão.

Instrumento	Subescalas	Amostra com CAD		População Portuguesa		Amost.CAD x Pop.
		M	DP	M	DP	^a t
BSI	Somatização	0.53	0.65	0.58	0.92	- .51
	Obsessões-Compulsões	0.73	0.75	1.29	0.88	-4.89**
	Sensibilidade Interpessoal	0.61	0.64	0.96	0.73	-3.51*
	Depressão	0.83	0.80	0.89	0.72	- .52
	Ansiedade	0.60	0.67	0.94	0.77	-3.37*
	Hostilidade	0.58	0.63	0.89	0.78	-3.20*
	Ansiedade fóbica	0.25	0.40	0.42	0.66	-2.73*
	Ideação paranoide	1.22	0.77	1.06	0.79	1.31
	Psicoticismo	0.64	0.73	0.67	0.61	- .22
	Índice Geral de Sintomas	0.61	0.51	0.84	0.48	-2.84*
	Total de Sintomas Positivos	17.86	11.23	26.99	11.72	-5.27**
	Índice de Sintomas Positivos	1.72	0.52	1.56	0.39	2
WHOQOL-Bref	D1 (Físico)	74.66	21.25	77.49	12.27	- .86
	D3 (Relações Sociais)	64.29	27.44	70.42	14.54	-1.45
	Domínio Geral	55.06	20.49	71.51	13.30	-5.20**
GDS	Total	10.76	6.85	9.60	-	1.10

^aT-Test (*t*)
p* < .01 *p* < .001

Finalmente, no IAFAI, na subescala *total* [que engloba as *Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)*, as *Atividades Instrumentais de Vida Diária-Familiares (AIVD-F)* e as *Atividades Instrumentais de Vida Diária-Avançadas (AIVD-A)*], 21 utentes (50%) situaram-se no percentil 25, sendo que 35 (83.30%) se encontravam entre o percentil 5 e 25. Nas subescalas *ABVD* e *AIVD-F*, a amostra distribuiu-se pelo percentil 95 (57.10% e 47.60%, respetivamente) e entre o percentil 5 e 10 (42.90% e 47.60%, respetivamente). Nas *AIVD-A* 31 utentes (73.80%) encontravam-se entre o percentil 5 e 10. Relativamente ao tipo de incapacidade, as subescalas de *Incapacidade Física (IF)* e de *Incapacidade Cognitiva (IC)* dividiram-se entre o percentil 95 (61.90% e 47.60%, respetivamente) e os percentis 5, 10 e 25 (38.10% e 50%). Por fim, na *IE* (sem distinção de grupos de tratamento), os resultados dividiram-se entre o percentil 5 e 95, sendo que no primeiro encontravam-se 27 utentes (64.30%) e no segundo 15 (35.70%) (ver Tabela 5).

Tabela 5
Distribuição da amostra em estudo pelos percentis da população normal no IAFAI.

	Subescala							
Percentil	Total	ABVD	AIVD-F	AIVD-A	IF	IC	IE (PMM)	IE (PMB)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
5	6 (14.30%)	3 (7.10%)	4 (9.50%)	14 (33.30%)	2 (4.80%)	3 (7.10%)	16 (72.70%)	11 (55%)
10	8 (19%)	15 (35.70%)	16 (38.10%)	17 (40.50%)	6 (14.30%)	8 (19%)	0 (0%)	0 (0%)
25	21 (50%)	0 (0%)	1 (2.40%)	0 (0%)	8 (19%)	10 23.80%)	0 (0%)	0 (0%)
50	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.40%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.40%)	0 (0%)	0 (0%)
75	1 (2.40%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
95	6 (14.30%)	24 (57.10%)	20 (47.60%)	11 (26.20%)	26 (61.90%)	20 (47.60%)	6 (27.30%)	9 (45%)
Total	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)	42 (100%)

DISCUSSÃO

Os programas de menor limiar de exigência (como o PMM) pretendem promover o contacto regular com o utente, aproximando-o dos serviços de tratamento e promovendo o abandono das práticas de risco, inserindo-se na redução de riscos e minimização de danos. Já os programas de alto limiar de exigência (em que se inserem parte dos utentes em PMM e todos os integrados em PMB) têm como objetivo a abstinência de substâncias psicoativas, com acompanhamento médico, psicológico e social. Estes últimos programas, exigem maior controlo/vigilância e cumprimento de mais regras que, em caso de incumprimento, podem levar a alterações no programa, nomeadamente no regime de tomas ou periodicidade das consultas, e, em casos mais graves, à sua integração em programas de menor exigência (PTAO, 2006). Assim, os utentes em PMB apresentam-se mais estabilizados, nomeadamente quanto à abstinência, gerindo de forma mais autónoma a medicação prescrita. No entanto, neste estudo, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos relativamente aos consumos atuais para qualquer tipo de substância, destacando-se a abstinência de substâncias psicoativas na amostra. Os dois grupos apenas diferiram nas fontes de rendimento, onde o PMB se apresentou mais estável (trabalho/reforma) comparativamente ao PMM (mais dependente de subsídios temporários ou apoio de familiares). Neste sentido, é importante referir que a acessibilidade financeira é determinante nestes programas, sendo o PMM um programa totalmente gratuito e o PMB um programa em que a medicação é suportada pelo utente, familiares ou instituições locais. Desta forma, e suportado pelas diferenças encontradas nas fontes de rendimento, poderão existir utentes em PMM com uma situação clínica favorável à transição para PMB, mas que não o possam fazer por questões financeiras. Ainda assim, verificaram-se algumas diferenças significativas entre os dois grupos, sendo de realçar que essas diferenças não se devem a diferenças (sociodemográficas e relativas aos consumos) entre os mesmos, visto que não se verificaram diferenças estatisticamente significativa a esse respeito. Desta forma, o grupo em PMB apresentou melhor desempenho cognitivo e melhor qualidade de vida no domínio psicológico (e.g. sentimentos positivos e negativos; autoestima; aprendizagem e espiritualidade), e no domínio ambiente (e.g. segurança física; recursos económicos; oportunidades de lazer; ambiente físico e cuidados de saúde e sociais), face ao grupo em PMM. Relativamente à IE, as diferenças entre os dois grupos foram significativas quando comparadas as médias mas não os percentis. Essa diferença poderá estar relacionada ao facto dos resultados dos grupos estarem apenas no percentil 5 ou 95 e, na amostra, o percentil 5 equivaler a valores muito distintos, alguns deles muito superiores ao valor dos dados normativos, não deixando transparecer as diferenças da percentagem de IE entre os dois grupos, no que se refere aos percentis. No entanto, na comparação entre médias, o grupo em PMM revelou maior IE que o grupo em PMB, traduzindo maior dependência devido a esse tipo de incapacidade. O PMM foi o único a diferir

significativamente da população normal, no declínio cognitivo e domínios psicológico e ambiental da qualidade de vida. Desta forma, o PMM, para além de diferir significativamente (nestes resultados) do PMB, diferiu significativamente da população normal, apresentando resultados clínicos mais negativos que ambos. Na IE os resultados não podem ser comparados nem interpretados da mesma forma, porém 72.70% dos utentes do PMM encontram-se no percentil 5 comparativamente a 55% dos utentes do PMB. Um estudo realizado em idades mais jovens não encontrou diferenças significativas entre os dois tipos de programa de manutenção na qualidade de vida e bem-estar psicológico (Viana, 2011), sendo que em ambos os casos todos os indivíduos beneficiavam do mesmo apoio multidisciplinar, o que poderá influenciar a homogeneidade entre os grupos. Os participantes revelaram ter menor qualidade de vida que a população normal no *domínio geral* do WHOQOL-Bref, sendo que outro estudo realizado com idosos em PMM também encontrou resultados significativamente inferiores, no que se refere à qualidade de vida, quando comparados com os dados normativos (Loftwall, Brooner, Bigelow, Kindbom, & Strain, 2005). Pelo contrário, em alguns aspetos de sintomatologia geral a população em estudo obteve melhores resultados, de forma estatisticamente significativa, que a população normal, nomeadamente na sintomatologia relativa a: obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; Índice *Geral de Sintomas (IGS)* e *Total de Sintomas Positivos (TSP)*. O facto de existirem diferenças no *TSP* e não no Índice de Sintomas Positivos (*ISP*) poderá indicar que a amostra teve menor quantidade de queixas que a população normal mas nos sintomas onde apresentou alguma sintomatologia obteve maior severidade. Desta forma, os participantes têm uma menor expressão de sintomatologia geral que a população normal, sendo que um estudo realizado com doentes em PMM encontrou menor impulsividade, hostilidade, paranoia e sensibilidade interpessoal em utentes com idades mais avançadas (Rajaratnam, Sivesind, Todman, Roane, & Seewald, 2009). Este resultado pode, em parte, ser compreendido pelo facto destes utentes estarem inseridos em programas de tratamento que, para além da medicação prescrita para a sua dependência física, com significado relativamente à tolerância à dor ou ao mal-estar, incluem acompanhamento regular ao nível médico, psicológico, social e de enfermagem, ou seja multidisciplinar, facilitando a deteção precoce de sintomatologia psicopatológica e/ou clínica, proporcionando intervenções mais rápidas e eficazes para o doente. Na GDS os dados não diferem significativamente dos dados normativos da população normal (com 65 anos ou mais). Ou seja, a amostra não diferiu em sintomatologia depressiva de população com mais idade sem CAD, o que vai de encontro à literatura que refere que os adultos idosos com CAD se assemelham a pessoas com 60 anos ou mais, não consumidoras (e.g. Lofwall *et al.*, 2008). Por fim, no que se refere à capacidade funcional, nas tarefas básicas e rotineiras de auto cuidado (*ABVD*) e na manutenção/

organização do contexto familiar (*AIVD-F*) a amostra distribuiu-se pelos extremos dos percentis, de forma mais ou menos equitativa, entre dependência e independência nesses aspetos. No entanto, nas aptidões cognitivas de ordem superior, que requerem níveis elevados de funcionamento neurocognitivo (*AIVD-A*), encontraram-se as maiores dificuldades desta amostra. Em termos de incapacidade, a IE foi a incapacidade mais evidente, com 64.30% de utentes no percentil 5.

CONCLUSÕES

Ainda que tenham existido algumas diferenças entre os grupos de tratamento considerados, entre estes e a população normal e, especialmente, entre o PMM e a população normal, a amostra em estudo não apresenta piores resultados clínicos que a população normal, considerando a faixa etária e a história de dependência, apresentando, em alguns casos, resultados melhores. É assim importante realçar, mais uma vez, o tratamento multidisciplinar de que ambos os tipos de tratamento beneficiam. Ainda assim, ressalva-se que o PMB tem condições de vida mais estáveis face ao PMM, sendo o fator económico uma diferença importante entre os grupos, a qual pode interferir na “decisão” de inserção dos utentes nos diferentes programas de tratamento. O EMCDA (2010) concluiu que, apesar das necessidades específicas desta faixa etária, estes utilizadores de substâncias psicoativas, devido à sua idade e longa história de tentativas de resolução da sua dependência, podem melhorar a forma como lidam com o problema, sendo que neste estudo a maior parte dos utentes realizaram o seu primeiro tratamento há pelo menos 10 anos, fazendo com que o início tardio de tratamento seja algo incomum. Assim, os programas de manutenção opióide, ao promoverem o envolvimento dos utentes com os serviços de saúde, acompanhando-os a vários níveis (psicológico, físico e social), contribuem para a melhoria da sintomatologia destes utentes. No entanto, a interpretação e generalização dos presentes resultados deve ser feita com cautela por se referirem a um serviço específico de tratamento de CAD, não representando consumidores que não recorrem a este tipo de serviços. Em termos de limitações, embora a amostra corresponda à maioria dos utentes elegíveis para o estudo, o seu número total (N), dividido pelos vários níveis de resposta, não permitiu realizar alguns testes estatísticos ou, para tal, tiveram de ser agrupadas várias respostas. Nos procedimentos estatísticos foi impossível comparar as médias da amostra com as da população geral no IAFAI, pelos dados normativos serem fornecidos em percentis. Como limitações metodológicas não foram consideradas prescrições farmacológicas suplementares aos programas de tratamento (e sua interferência na sintomatologia psicológica) nem a fase do programa (e.g. estabilização, aumento, redução ou término do programa). Quanto à investigação futura, destaca-se a necessidade de mais estudos nesta área, sendo uma população pouco estudada, subdiagnosticada e com perspetiva de aumento significativo. Simultaneamente são necessários estudos sobre a prevalência

do fenómeno e caracterização desta população, permitindo conhecer melhor estes idosos e as suas necessidades presentes e futuras. Apesar dos utentes mais velhos não apresentarem piores resultados no tratamento, inclusive apresentarem resultados mais positivos (Moy, Crome, Crome, & Fisher, 2011), a avaliação e tratamento destes pacientes devem ser prioridade dentro da população com CAD (Hulse, 2002). Assim, são fundamentais instrumentos de avaliação específicos e métodos de diagnóstico atualizados e adaptados para esta população. Estudos futuros deverão tentar aceder a amostras maiores, nomeadamente em regiões com maior prevalência deste fenómeno, e comparar utentes com PLA com outros dependentes de drogas ilícitas, considerando a existência de mais estudos sobre dependência de álcool nesta população. Por fim, seriam úteis estudos longitudinais, que acedam e comparem o mesmo utente em fases diferentes do tratamento, dos consumos e da sua faixa etária. O aumento demográfico aliado ao aumento de adultos idosos e idosos com perturbações relacionadas com substâncias tem implicações a nível financeiro para indivíduos, famílias, sistemas, governos e políticas. Os custos associados aos tratamentos nesta população são elevados e trazem novos desafios aos profissionais e políticos com intervenção na área dos CAD, sendo que a consequência da inação pode traduzir-se em maiores custos, aos diferentes níveis. Assim, detetar os adultos idosos e idosos com esta problemática, ou com fatores de risco para a mesma, torna-se uma prioridade. O contacto desta população com outros serviços de saúde poderá ser uma forma de diagnosticar estas perturbações e encaminhar para serviços adequados (Gossop & Moos, 2008), sem preconceitos ou inoperância por parte dos profissionais de saúde (Crome *et al.*, 2009).

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Centro de Respostas Integradas de Aveiro por todo o envolvimento, disponibilidade e colaboração ao longo de todo este projeto.

REFERÊNCIAS

Beynon, C. M. (2009). Drug use and ageing: older people do take drugs! *Age and ageing*, 38, 8-10. doi: 10.1093/ageing/afn251

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), Testes e Provas Psicológicas em Portugal (vol.II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.

Christo, P. P. (2010). Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(2), 242-247.

Colliver, J. D., Compton, W. M., Gfroerer, J. C., & Condon, T. (2006). Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. *Annals of Epidemiology*, 16, 257-265. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.08.003

Crome, I., Sidhu, H., & Crome, P. (2009). No longer only a young man’s disease – illicit drugs and older people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(2), 141-143.

Dursteler-MacFarland, K. M., Vogel, M., Wiesbeck, G. A., & Petitjean, S. A. (2011). There is no age limit for methadone: a retrospective cohort study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 9. doi: 10.1186/1747-597X-6-9

European Monitoring Centre for Drug Addiction. (2010). *Treatment and care for older drug users*. 1ª Edição. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

European Union. (2011). *Demography report 2010 – Older, more numerous and diverse Europeans*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, S. (2010). Estudos de Adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população Portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.

Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M., & Folsom, R. (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 127-135.

Gossop, M., & Moos, R. (2008). Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. *Addiction*, 103, 347-348. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02096.x

Han, B., Gfroerer, J. C., Colliver, J. D., & Penne, M. A. (2009). Substance use disorder among older adults in the United States in 2020. *Addiction*, 104, 88-96. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02411.x

Hulse, G. K. (2002). Alcohol, drugs and much more in later life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl I), 34-41.

Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Lofwall, M. R., Brooner, R. K., Bigelow, G. E., Kindbom, K., & Strain, E. C. (2005). Characteristics of older opioid maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 265-272. doi: 10.1016/j.jsat.2005.01.007

Lofwall, M. R., Schuster, A., & Strain, E. C. (2008). Changing profile of abused substances by older persons entering treatment. *Journal of nervous and mental disease*, 196(12), 898-905. doi: 10.1097/NMD.0b013e31818ec7ee

Morais, P. O. I. (2010). *Avaliação da Qualidade de Vida e Esperança em toxicodependentes infetados e não infetados com HIV*. Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Moy, I., Crome, P., Crome, I., & Fisher, M. (2011). Systematic and narrative review of treatment for older people with substance problems. *European Geriatric Medicine*, 2, 212-236. doi: 10.1016/j.eurger.2011.06.004

Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32, 223-236. doi: 10.1080/07317110802678680

Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos. (2006). *Normas orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos*.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. Recuperado em 19 de Maio, 2014, de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101830_EN_3.%20PT04_Normas%20Orientadoras%20PTAO%20Agosto06.doc

Rajaratnam, R., Sivesind, D., Todman, M., Roane, D., & Seewald, R. (2009). The aging methadone maintenancepatient: Treatment adjustment, long-term success, and quality of life[Resumo]. *Journal of Opioid Management*, 5(1), 27–37.

Roibás, A. L., Melendro, A. I. L., & Montes, M. J. G. (2010). Perspectivas de futuro y propuestas de recursos terapêuticos para adictos de edad avanzada. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 170-181.

Schlaerth, K. R., Splawn, R. G., Ong, J., &Smith, S. D. (2004). Change in the Pattern of Illegal drug use in an inner city population over 50: an observational study. *Journal of Addictive Diseases*, 23(2). doi: 10.1300/J069v23n02_07

Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Shi, Q., Pavey, E. S., & Carter, R. E. (2012). Bonferroni-based correction factor for multiple, correlated endpoints. *Pharmaceutical Statistics*, 11, 300-309. doi: 10.1002/pst.1514

Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2013). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação daUniversidade de Coimbra.

United Nations. (2013). *World Population Ageing*. New York: United Nations.

Viana, S. A. G. (2011). *Qualidade de vida, bem-estar psicológico e estratégias de coping no tratamento de substituição com metadona e buprenorfina*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

World Health Organization. (2014). Health statistics and information systems. *Definition of an older or elderlyperson*.Retirado a 3 de maio de 2014, de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/#>.